# …………………, dnia ……………………………………

miejscowość

# Dane dotyczące podatnika:

Nazwisko …………………………………………………………

Imię …………………………………………………………

PESEL/data urodzenia \*\* ………………………………

Seria i nr paszportu **\***…………………………………………

**RACHUNEK**

# Dla Politechniki Warszawskiej – Centrum Zarządzania Innowacjami i Transferem Technologii PW, ul. Rektorska 4, 00-614 Warszawa, REGON: 000001554, NIP: 5250005834

za

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………

wykonane w ramach umowy zlecenia nr 2340/…………………/2022 z dnia

………………………………………………

wykonywanej w okresie od ………………… do …………………

na kwotę zł brutto

(słownie )

………………………………………………………

podpis wystawcy rachunku

|  |  |
| --- | --- |
| Sprawdzono pod względem merytorycznym | Zatwierdzam do wypłaty |
| ……………………………………………………. | ……………………………………………………. |
| Podpis sprawdzającego | Data i podpis osoby posiadającej pełnomocnictwo Rektora PW upoważniające do zawierania  umów o dzieło lub zlecenia |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr zlecenia/ element PSP | Kwota | Numer listy |
|  |  |  |

# Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym.

………………………………………………………………

podpis pełnomocnika Kwestora

\* dotyczy osób nieposiadających nr PESEL

\*\* wybrać właściwe

**Oświadczenie o nieświadczeniu pracy**

# Dotyczy umowy zlecenia nr 2340/…………………/2022 z dnia zawartej z Politechniką Warszawską

– Centrum Zarządzania Innowacjami i Transferem Technologii PW, ul. Rektorska 4, 00-614 Warszawa, NIP: 5250005834.

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………

PESEL ……………………………

Oświadczam, że nie świadczyłam/łem pracy w (miesiąc i rok) w ramach ww. umowy.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | …………………………………………………… |
| Data | Podpis Zleceniobiorcy |

……………………………………………………………………

Data i podpis osoby podpisującej umowę zlecenia/

osoba upoważniona do odbioru rezultatu umowy zlecenia

Załącznik nr 19 do zarządzenia nr 87/2021 Rektora PW

**Oświadczenie dla celów ubezpieczenia ZUS**

**dotyczy umowy zlecenia nr 2340/**…………………**/2022 z dnia** ……………………………

# Nazwisko …………………………………………………

Imię .................................................................

PESEL ……………………………………

data urodzenia\* …………………………………… seria i nr paszportu\* ……………...............................

1. Oświadczam, że:
2. □ Jestem pracownikiem Politechniki Warszawskiej i aktualnie przebywam na urlopie:
   * macierzyńskim / rodzicielskim - Okres urlopu ………………..……………
   * wychowawczym / bezpłatnym - Okres urlopu ……………………………
3. □ Posiadam w Polsce inny tytuł do ubezpieczenia społecznego (ubezpieczenie emerytalne i rentowe):
4. □ Jestem jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej w innym niż PW podmiocie gospodarczym. Moje wynagrodzenie miesięczne

ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

* + co najmniej minimalne wynagrodzenie, □ mniej niż minimalne wynagrodzenie.

1. □ Jestem zatrudniona/y jako osoba wykonująca pracę nakładczą; umowę zlecenia lub umowę agencyjną zawartą na okres: …………..…………………

i miesięczne wynagrodzenie z tego tytułu wynosi:

* + co najmniej minimalne wynagrodzenie, □ mniej niż minimalne wynagrodzenie.

1. □ Prowadzę działalność gospodarczej, której rodzaj nie pokrywa się z rodzajem pracy wykonywanej z tytułu tej umowy zlecenia. Składki ZUS odprowadzam na zasadach:
   * Ogólnych □ Preferencyjnych
2. □ Pozostaję w stosunku służby (zgodnie z art. 15 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych)
3. □ Pobieram zasiłek macierzyński bezpośrednio z ZUS –

Okres pobierania zasiłku …………………..…….

1. □ Jestem doktorantką/em szkoły doktorskiej i otrzymuję stypendium
   * w kwocie powyżej □ poniżej minimalnego wynagrodzenia
2. □ inny niż wymienione wyżej (podać jaki)
3. □ Nie mam innego tytułu do ubezpieczenia społecznego (np. osoba bezrobotna, emeryt)
4. □ Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłam/łem 26 lat.
5. □ Jestem zgłoszona/ny do ubezpieczenia społecznego w innym kraju UE (podać kraj)\*\*
6. Zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy:
7. □ Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu

□ chcę być objęta/y dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

1. □ Chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu
2. □ Nie chcę podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu

(*W tym przypadku niezbędne jest przedłożenie zaświadczenia o okresie zatrudnienia i o podleganiu z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz o naliczeniu i potrąceniu składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe w okresie umowy zlecenia, której dotyczy oświadczenie, od podstawy co najmniej minimalnego wynagrodzenia lub dowód opłacania za siebie składek w odpowiedniej wysokości)*

# □ Nie podlegam ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu (pkt I.4).

1. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/ my odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wszelkich zmianach dotyczących powyższego oświadczenia, mających wpływ na naliczanie składek ZUS, zawiadomię Zleceniodawcę w ciągu 3 dni składając nowe oświadczenie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Zaznaczyć znakiem X odpowiednią kratkę  \* wypełnić w przypadku braku numeru PESEL  \*\* niezbędne przedłożenie A1 | ..............................  data | ..............................................  podpis Zleceniobiorcy |

Załącznik nr 22 do zarządzenia nr 87 /2021 Rektora PW

**Kwestionariusz osobowy PZ-SAP**

Rejestracja / Zmiana (Nr osobowy SAP )

*Kwestionariusz należy wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PESEL | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Nazwisko rodowe | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kobieta (\*) | | | | | | |  | |
| Imię / Imiona | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mężczyzna (\*) | | | | | | |  | |
| Data urodzenia | |  | | | | | | | | Miejsce urodzenia | | | | | | | | | |  | | | | | | Kraj urodzenia | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Obywatelstwo 1 | |  | | | | | | | | Obywatelstwo 2 | | | | | | | | | |  | | | | | | Tytuł naukowy  /zawodowy | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Adres zamieszkania dla celów podatkowych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kraj: | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Ulica | |  | | | | | | | | | | | Nr domu | | | | | | |  | | | Nr mieszkania | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | Kod | | | | | | |  | | | Poczta | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Województwo/ Region/Stan | |  | | | | | | | | | | | Powiat | | | | | | |  | | | Gmina/Dzielnica | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Adres do korespondencji – tylko w Polsce (jeżeli jest taki jak zamieszkania w pole obok wpisz „X”) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Ulica | |  | | | | | | | | | | | Nr domu | | | | | | |  | | | Nr mieszkania | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | Kod | | | | | | |  | | | Poczta | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Województwo | |  | | | | | | | | | | | Powiat | | | | | | |  | | | Gmina/Dzielnica | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Dane dodatkowe adresu do korespondencji (np. firma) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| e-mail | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefon kontaktowy | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| Kod Oddziału NFZ: | | | | | |  | | | | | | | Urząd skarbowy (pełna nazwa) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Polski numer rachunku bankowego do dokonywania przelewów: | | | | | | | | | – – – – – –  – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Posiadam uprawnienie do: (\*) | | | | 1. Emerytury | | | | | | | | | | |  | | 2. Renty | | | | | |  | Renta przyznana jest do dnia: | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Numer świadczenia: | |  | | | | | | | | | Organ wypłacający świadczenie | | | | | | | | |  | | | | | | | | Adres: | | |  | | | | | | | |  | |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności wydane na okres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Od: | | |  | | | | | | | | Do: | | |  | | | | |  | |
| Data wydania orzeczenia: | |  | | | | | | | Rodzaj niepełnosprawności (\*) | | | | | | | | | | | | | Lekki | |  | | | Umiarkowany | | | | |  | | | Znaczny | | | |  |  |
| Jestem (\*) | Studentem | |  | Doktorantem | | | | | | | |  | | Uczelnia: | | | | | |  | | | | | | | | | | | Nr albumu | | | | |  | | |  | |
| Oświadczam, że jestem rezydentem Polski, a na Informacji o dochodach oraz pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-  11 jako identyfikator podatkowy proszę umieścić | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NIP (podać numer) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | PESEL |  |  |
| Dane uzupełniające dla nierezydentów | | | | | | | | | | | Imię matki | | | | | | |  | | | | | | | | | | Imię ojca | | | | |  | | | | | | | |
| Zagraniczny nr rachunku bankowego | | | | | | | Kod BIC (SWIFT): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kraj banku | |  | | | | | | | | | | | Nr IBAN: | | | | | | |  | | | | | | | | | | Waluta przelewu | | | | | | |  | | | |
| Paszport: Seria i numer | | |  | | | | | | | | | | | | | Kraj wydania: | | | | | |  | | | | | | | Data ważności: | | | | | | |  | | | | |
| Oświadczam, że jestem rezydentem (wpisać jakiego  kraju) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Mój numer identyfikacji podatkowej TIN / bezpieczenia | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na otrzymywanie rocznej informacji podatkowej PIT/IFT w formie elektronicznej na podany wyżej adres e-mail (\*)  - w tym przypadku niezbędne jest podanie adresu email i numeru telefonu komórkowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu osobowym są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy. O wszelkich zmianach danych dotyczących powyższego kwestionariusza osobowego zawiadomię Dział Płac Politechniki Warszawskiej w ciągu 3 dni składając nowy kwestionariusz osobowy. Przyjmuję do wiadomości, że zmiany danych do PIT (IFT)  muszą być złożone do 07.01 w roku jego wystawienia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wypełnienia | | | | |  | | | | | | | | | podpis | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| (\*) – ***Zaznaczyć w łaściw e pole***  ***w pisując „X”*** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Data przyjęcia i adnotacje służbowe: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |